Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal

Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - balises préliminaires

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

106-06186/

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal
FORUM SUR LE RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT– est une production de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Note : Dans ce texte, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Éditeur
Louis Côté
Directeur de l'information et de la planification

Rédaction
André Trépanier
Chef de service
Services aux personnes âgées dans la communauté et en milieux substituts

Collaboration à la rédaction
Claire Amyot
Monique Chicoyne
Martine Cloutier
Andrée Demers-Allan
Denyse Roy

Collaboration au contenu
Lita Béliard
Francine Bussières
André Cimon
Diane Courchesne
Raymond Fortin
Mathias Kalina
Aimi Kuura
Lucie Labarre
Louise Labissonnière
Normand Lauzon
L'équipe du système régional d'admission

Production
Christine Pelletier

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, mars 2004
3725, rue Saint-Denis, Montréal (Québec) H2X 3L9

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2004
ISBN 2-89510-164-7

Ce document est disponible :

- aux services documentaires de l'Agence
  Téléphone : (514) 286-5604

- sur le site Web de l'Agence : www.santemontreal.qc.ca

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montréal

Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal

Intégration des services de santé et des services sociaux pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Balises préliminaires

Services aux personnes âgées
dans la communauté et en milieux substituts

29 mars 2004

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 1

1.0 MISE EN CONTEXTE 2

2.0 UN DÉFI D'INTÉGRATION 5

3.0 LA CLIENTÈLE VISÉE : LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET LEURS PROCHES 7

3.1 Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 7

3.2 Les proches-aidants 8

4.0 BUT ET OBJECTIFS 9

5.0 LES COMPOSANTES ESSENTIELLES DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 10

5.1 Le « Guichet unique » d'accès aux services 10

5.2 L'équipe de gestionnaires de cas 11

5.3 Les outils 13

5.4 La garde infirmière et la garde médicale associées 14

5.5 La conclusion d'ententes pour s'assurer que les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement puissent avoir accès aux médecins omnipraticiens du territoire 15

5.6 La conclusion d'ententes pour garantir l'accès à des services spécialisés 16

5.6.1 Des services spécialisés de gériatrie 16

5.6.2 Des services spécialisés de psychiatrie et de psychogériatrie 16

5.6.3 Des services spécialisés de réadaptation 16

5.7 L'établissement de liens de collaboration avec les organismes communautaires 17

5.8 Accès à une gamme complète de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement 17

CONCLUSION 19

LES PRINCIPALES QUESTIONS SOUMISES À LA CONSULTATION 20

Annexe 1
Annexe 2

PRÉAMBULE

Les nouvelles instances que seront les centres de santé et de services sociaux (CSSS) seront appelées à desservir l'ensemble des clientèles résidant sur leur territoire et à développer des réseaux locaux de services intégrés dans le cadre de différentes problématiques où les clientèles vulnérables nécessiteront une action coordonnée de différents producteurs de services.

L'objet de ce document s'est toutefois arrêté à une de ces clientèles dont le bassin et le poids sont importants pour notre réseau de services de santé et de services sociaux, à savoir les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

L'accent a donc été concentré le plus possible sur les propositions d'organisation de services de façon à faire ressortir les éléments essentiels à mettre en place pour répondre de manière coordonnée, plus complète et mieux intégrée aux besoins des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

L'exercice ne vient d'aucune façon nier les besoins existants d'autres clientèles vulnérables qui devront aussi être desservies par les CSSS en comptant sur une organisation de services intégrés. On suggère qu'un cheminement semblable puisse être fait pour ces autres clientèles.

1.0 MISE EN CONTEXTE

"La Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a été sanctionnée le 18 décembre 2003. Elle marque le début d'une période de transition dans l'organisation du système de santé et de services sociaux. La création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux devient ainsi l'assise d'un projet qui vise à mieux intégrer les services.

L'intégration des services, soutenue par un mode de gestion adéquat, permettra d'apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes en limitant les barrières entre les établissements et entre les professionnels. Des services intégrés reposent sur l'engagement et la responsabilisation des cliniciens et des gestionnaires à l'égard de la population et sur la définition de mécanismes fonctionnels de référence et de suivi. Des organisations plus décentralisées, plus souples et plus imputables seront constituées pour actualiser cette orientation."[1]

De manière plus concrète, la loi prévoit la création de centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui regrouperont sous un même conseil d'administration un ou plusieurs centres locaux de services communautaires (CLSC), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Il y a ici même un premier niveau important d'intégration des services.

Cette nouvelle structure, de par sa mission de première ligne (santé et services sociaux) prioritaire, se situera au cœur même du réseau local de services à mettre en place avec l'ensemble des partenaires de la santé et des services sociaux appelés à contribuer à cette intégration des services pour la population et les clientèles particulièrement visées de son territoire. On pense ici notamment aux centres médicaux associés (CMA), aux pharmaciens, aux entreprises d'économie sociale, aux ressources privées. C'est un deuxième niveau d'intégration où le CSSS est appelé à jouer un rôle mobilisateur important dans la conclusion d'ententes avec ces différents partenaires afin d'assurer l'accès aux services requis. Outre ces ententes, le CSSS devra établir des liens de collaboration avec les organismes communautaires œuvrant sur son territoire.

Enfin, le maintien d'un palier régional, l'Agence[2], constitue un troisième niveau d'intégration qui aura pour rôle de veiller à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de garder une vision régionale de l'organisation des services centrée sur des objectifs de résultats, d'allouer et de gérer les ressources financières, de planifier les ressources humaines, d'organiser les services médicaux, d'assurer la coordination de l'ensemble des réseaux locaux de services d'une région ainsi que de favoriser les relations entre les régions[3].

Le postulat de base de cette réforme est que l'intégration des services répondra à l'attente principale de la population, à savoir l'accès à des services continus et de qualité.

---

[1] *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page ii.

[2] Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

[3] Tiré de *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 13.

L'intégration des services doit permettre d'atteindre les objectifs visés par le MSSS[4] pour l'organisation et la gestion du système de santé et de services sociaux :

- offrir aux citoyens et aux citoyennes des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture;
- assurer une meilleure prise en charge des personnes;
- agir pour améliorer la santé et le bien-être de la population;
- rapprocher la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent;
- consolider le partenariat avec les nombreux acteurs concernés par la distribution des services de première, de deuxième et de troisième lignes;
- donner aux gestionnaires des moyens qui favorisent l'initiative et le dynamisme;
- impliquer et mobiliser les cliniciens à l'organisation et à la gestion des services;
- encourager l'engagement et la responsabilité de chacun.

"Le modèle des réseaux locaux de services repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième lignes (spécialisés et surspécialisés)."[5]

Deux principes orientent l'action en vue de mieux intégrer les services :

- La responsabilité populationnelle

  « En vertu de ce premier principe, les différents intervenants dispensant des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible (y compris les services de santé publique qui visent à prévenir les principaux problèmes psychosociaux et de santé) et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux ».[6] La priorité sera accordée à certaines clientèles dont, dans le cadre du propos de ce document, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

  En toute équité, cette responsabilité populationnelle implique que chacun des réseaux locaux de services dispose pour son territoire d'un bassin de ressources comparables afin de répondre aux besoins de leurs populations respectives. L'atteinte d'un tel équilibre fait partie du mandat de l'Agence.

---

[4] Tiré de *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 1.

[5] *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 2.

[6] *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 2.

- La hiérarchisation des services

« Le second principe garantira une meilleure complémentarité des services et facilitera le cheminement de l'usager entre les services de première, de deuxième et de troisième lignes, suivant des mécanismes de référence entre les producteurs. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes ou des corridors établis entre ces derniers. Ces mécanismes seront bidirectionnels... »[7] et devront faire objet d'ententes.

On trouvera de façon plus concrète, plus loin dans ce document, une description des services dont nous parlons, selon les trois niveaux d'accès.

[7] *L'intégration des services de santé et des services sociaux, Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, MSSS, 3 février 2004, page 3.

2.0 UN DÉFI D'INTÉGRATION

Au regard de la clientèle plus particulière des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, l'orientation d'une meilleure intégration des services n'est pas nouvelle. Dès février 2001, le MSSS annonçait ses couleurs dans ses *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie.*

Le MSSS entendait, par réseaux de services intégrés, des réseaux qui "incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation de services plutôt qu'un type de services."[8]

La Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, devenue Agence, en déduisait alors qu'un « tel mode d'organisation de services exige que l'ensemble des établissements et des intervenants, incluant les médecins, se perçoivent et agissent comme des éléments d'un tout, collectivement responsables et solidaires sur leur territoire de répondre aux besoins des clientèles visées avec leur moyens combinés respectifs. C'est le défi de l'intégration des services qui appelle un changement des mentalités et des pratiques tant organisationnelles, qu'administratives et cliniques »[9].

D'autre part, toujours inspirée par les *Orientations ministérielles*, la Régie (Agence) mettait de l'avant, dans son *Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006*, un certain nombre d'actions et de résultats attendus visant à améliorer l'intégration et l'accessibilité des services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Notamment, la Régie (Agence), forte des résultats du projet SIPA, souhaitait définir et recommander, dans le cadre de la mise sur pied des réseaux de services intégrés, un modèle permettant de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie « basé sur un système de première ligne avec des assises communautaires et une approche principalement clinique »[10], qui répond aux caractéristiques des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et surtout aux plus vulnérables. Il est « supporté par des modes de gestion et de financement qui facilitent la réalisation des objectifs cliniques et qui assurent une continuité coordonnée de la prestation des services »[11].

L'orientation donnée aux nouvelles instances que sont les CSSS et la création des agences de développement des réseaux locaux constituent des moyens puissants qui viennent appuyer la nécessaire intégration des services, déjà souhaitée depuis plusieurs années, pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Dorénavant, deux paliers importants d'organisation de services sont mandatés pour relever le défi de la mise en place des réseaux locaux de services intégrés : un palier local et un palier régional.

---

[8] *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, MSSS, page 23, février 2001
[9] *La santé en actions, Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006*, RRSSSM-C, page 67.
[10] *Op.cit*
[11] *Op.cit*

- Le palier local : le CSSS et ses partenaires

  Les trois types d'organisations (CLSC, CHSLD, CHSGS) appelées à être regroupées sous un même conseil d'administration sont fortement concernées par la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Le CSSS devient donc, en soi, le premier lieu d'intégration des services.

  De plus, le CSSS est appelé à exercer son leadership dans la réorganisation de ses services, en lien avec ses partenaires. Il établit les mécanismes d'articulation et négocie les ententes contractuelles pertinentes et significatives pour l'organisation et l'accessibilité des services sur son territoire (ex. : CMA, services spécialisés et surspécialisés).

- Le palier régional : l'Agence

  L'Agence, de par son rôle défini par le MSSS et de par son implication dans le dossier des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, est mandatée pour définir les balises et les paramètres communs à la région susceptibles de devoir être considérés ou implantés par tous les CSSS et tous les réseaux locaux de services, de favoriser la conclusion de toutes les ententes nécessaires au bon fonctionnement des services, impliquant deux ou plusieurs CSSS ou deux ou plusieurs réseaux locaux, et enfin de convenir des règles du jeu interrégionales avec les régions voisines.

  Afin d'être soutenue dans l'exercice de ce mandat, l'Agence devra mettre en place un ou des mécanismes de consultation et de coordination régionales qui mettront à contribution chacun des CSSS et des représentants des autres partenaires.

3.0 LA CLIENTÈLE VISÉE : LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET LEURS PROCHES

3.1 Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

La clientèle cible de ce réseau de services est constituée des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et de leurs proches. Ces personnes sont habituellement âgées de 65 ans et plus. Il s'agit de personnes qui présentent des incapacités persistantes, que ce soit au plan moteur, cognitif, sensoriel ou psychique. Cette clientèle peut présenter plusieurs pathologies concomitantes et des problématiques d'ordre psychosocial diverses (deuil récent, isolement, problèmes économiques, etc.) qui sont autant de facteurs de vulnérabilité.

Par ailleurs, pour le volet promotion-prévention, le réseau de services intégrés en perte d'autonomie liée au vieillissement concernera toute la population âgée de 65 ans et plus en perte d'autonomie ou non.

Cela dit, nous devons ouvrir une parenthèse. Comme le souligne le MSSS, « l'âge seul (65 ans et plus) ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. Une personne de moins de 65 ans peut avoir les mêmes besoins qu'une personne de plus de 65 ans aux prises avec le même problème. »[12]

On pourrait en déduire que le réseau aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement peut concerner une clientèle de moins de 65 ans dans la mesure où elle présente une pathologie ou une condition habituellement associée à un âge avancé.

Toutefois, en l'absence de précisions de la part du MSSS à ce chapitre et faute de consensus sur les pathologies ou conditions à considérer, il est proposé pour le moment et pour uniformiser notre compréhension de ne considérer comme clientèle cible de ce programme que les personnes de moins de 65 ans qui sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'un autre type de démence.

Tout autre personne de moins de 65 ans en perte d'autonomie doit conserver un accès aux services de santé et de services sociaux selon ses besoins, mais dans le cadre d'un autre programme que celui des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (santé physique, déficience physique, déficience intellectuelle, etc.) dont le présent document n'avait pas à définir les composantes d'intégration.

Pour revenir à notre clientèle cible majoritaire de 65 ans et plus, nous savons que près du tiers des aînés du Québec vivent à Montréal et représentent actuellement 15% (276 690) de la population du territoire de Montréal. Cette proportion passera à 15,6% en 2006 et à 19,8% en 2021.[13] Il est à noter que Montréal, comparé aux six principales régions urbaines du Canada, présente la proportion la plus élevée de personnes de 65 ans et plus, soit 15,3%, et son indice de dépendance (jeunes par rapport aux aînés) était 45,5% en 2001, occupant ainsi le 2e rang, toujours pour ces six régions urbaines.[14]

---

[12] *Rapport du Comité sur la définition des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux*, remis à la Table de concertation et de coordination permanente sur l'allocation des ressources, 16 janvier 2004, page 14.
[13] MSSS, *Projections de la population*, 1996 à 2021.
[14] Institut canadien d'information sur la santé et Statistiques Canada, *Indicateurs de la santé*, vol. 2002, no 1.

De plus, la proportion de gens âgés de 75 à 84 ans est de 5,5% à Montréal, comparativement à 3,9 % pour le reste du Québec. Pour les gens de plus de 85 ans, Montréal possède un taux correspondant à 1,5 fois celui du reste du Québec.

Cela dit, il faut convenir que la majorité des services qui devront être rendus disponibles ainsi que les mesures d'accompagnement, de coordination et de suivi, tels la gestion de cas et le plan de services individualisé (PSI), s'adresseront aux personnes qui présenteront une perte d'autonomie due à des incapacités physiques, psychiques ou des difficultés d'ordre social à la suite d'une ou plusieurs maladies aiguës ou chroniques.

Parmi ces personnes, plusieurs présenteront des caractéristiques de vulnérabilité qui en feront des clientèles prioritaires, dont la majorité aura 75 ans et plus.

En effet, selon la Direction de santé publique, une personne de 65 ans à Montréal peut espérer vivre encore treize ans sans incapacité, alors que 41 % des personnes âgées de 75 ans et plus, selon l'Institut de la statistique du Québec, présenteraient des incapacités modérés ou graves.

Déjà, à Montréal, on sait que les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 25 % des personnes qui se sont retrouvées sur civière en CHSGS en 2002-2003 et 2003-2004.

Les femmes sont encore plus vulnérables car, à 65 ans, 45 % d'entre elles vivent seules et, en plus, après 75 ans, près de la moitié vivent sous le seuil de faible revenu.

En très grande majorité, les personnes aînées vivent à domicile jusqu'à un âge avancé (96 % des 65-74 ans et 89 % des 75-84 ans).

3.2 Les proches-aidants

Parmi la clientèle cible, les proches-aidants sont aussi visés. Pour les aînés les plus vulnérables en perte d'autonomie, le soutien des proches est essentiel à leur bien-être et à leur maintien dans la communauté. Selon les études actuellement disponibles, environ 80 % de l'aide et des soins à domicile sont fournis par des proches-aidants.

Dans 75% des cas, cette aide et ces soins sont offerts surtout par des femmes et ce, dans un contexte peu propice : domicile non adapté, santé fragile des aidantes, multiplicité de responsabilités, etc. Pourtant la situation des aidantes est peu évaluée. Trop souvent les aidantes sont poussées à s'engager dans l'aide et les soins sans véritables choix, sans alternative, sans information quant aux implications en terme de types et de quantité d'aide et de soins, de durée, d'impact sur leur santé et leur vie.

Si on veut vraiment parler des proches-aidants des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement comme faisant partie de la clientèle, il faut que les gestionnaires et les intervenants de première ligne des CSSS soient de plus en plus sensibilisés à évaluer leurs besoins propres et que le CSSS développe une vision globale de soutien aux aidantes qui inclut non seulement le répit (à domicile, en centre de jour et en hébergement temporaire), mais aussi la formation de groupes de soutien et d'entraide, de même que l'accès à du counselling individuel si nécessaire.

4.0 BUT ET OBJECTIFS

Dans une perspective d'efficacité, d'efficience et de continuité, le CSSS assure la cohésion des activités des dispensateurs de services. Aussi, il soutient l'exercice de leur responsabilité collective à l'égard des besoins de soins et services des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Le CSSS voit au maintien et à l'amélioration de la qualité de vie de cette clientèle, quel que soit son milieu de vie (domicile, résidence, ressource intermédiaire ou institution) et son niveau d'autonomie.

Le CSSS poursuit les objectifs suivants :

Pour la personne et ses proches-aidants

- assurer une réponse globale, adaptée et évolutive aux besoins de la personne âgée en perte d'autonomie et de ses proches-aidants;
- favoriser l'intervention précoce auprès de la personne âgée à risque;
- rendre accessibles les services pour la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et ses proches aidants;
- répondre aux besoins spécifiques des proches-aidants;
- améliorer et mesurer la satisfaction des clientèles et la qualité des services peu importe le lieu de la prestation de services.

Pour les intervenants et gestionnaires du réseau intégré

- soutenir la mise en place de liens professionnels entre intervenants œuvrant au sein d'organisations et de programmes distincts lorsque nécessaire;
- susciter le travail en interdisciplinarité et développer les programmes de formation qui favorisent le développement des connaissances et l'évolution des pratiques;
- organiser un environnement permettant une gestion administrative et clinique convergente.

Pour le réseau intégré de services de santé et de services sociaux pour la personne en perte d'autonomie liée au vieillissement

- partager une vision commune quant aux résultats à atteindre (et à mesurer) par les interventions auprès des personnes âgées et leurs proches;
- utiliser efficacement et avec efficience l'ensemble des ressources mises à la disposition de la population, c'est-à-dire assurer l'accès aux bons services, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût possible pour les personnes qui les requièrent.

5.0 LES COMPOSANTES ESSENTIELLES DU RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

5.1 Le « Guichet unique » d'accès aux services

Mis en place et géré par chaque CSSS, le Guichet unique d'accès aux services est d'abord un lieu où sont centralisées les activités visant à mieux orienter les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et leurs proches à l'intérieur du continuum de services qui leur est destiné.

Le Guichet unique d'accès aux services est ouvert 7 jours par semaine de 8h à 22h.

L'approche du guichet unique est empreinte des principes et habiletés propres au domaine de la géronto/gériatrie. Les champs d'activités du guichet unique sont les suivants :

- accueil et traitement de toutes les demandes d'information relatives aux services et programmes s'adressant aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Les demandes d'information peuvent venir des personnes elles-mêmes, de leurs proches, d'intervenants du réseau, de la communauté;

- accueil, évaluation initiale, orientation et référence aux différents programmes du CSSS ou à tout autre programme approprié, de toutes les nouvelles demandes de services relatives aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et à leurs proches;

- accès centralisé au Service de gestion de cas, selon les balises et critères retenus, pour les personnes présentant des besoins plus complexes dus à une perte d'autonomie importante;

- coordination des activités de dépistage en collaboration avec les responsables des programmes et services offerts par le CSSS et les partenaires (outils de dépistage communs à toute la région).

De plus, puisque les CSSS sont responsables de répondre aux besoins d'hébergement de leur clientèle, le guichet unique devra assurer localement:

- les activités d'accueil, d'analyse, d'orientation et de suivi de toutes les demandes d'hébergement de longue durée ou temporaire en milieu institutionnel ou non institutionnel.

Cette orientation ne sera pas sans avoir un impact sur l'évolution du système régional d'admission actuel.

Aussi l'actualisation d'une telle orientation nécessite que certaines conditions soient rencontrées:

- garantir un accès équitable aux ressources d'hébergement pour toutes les clientèles de tous les CSSS à l'échelle de la région;

- nonobstant les critères relatifs à la définition de la clientèle du réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, préciser que le Guichet unique d'accès aux services de chaque CSSS devra continuer de traiter les demandes d'hébergement qui leur seront adressées pour les clientèles de moins de 65 ans ayant des besoins d'hébergement institutionnel (10 à 12 %) qui ont déjà accès aux services d'hébergement des CHSLD actuels;

- mettre en place des systèmes d'information qui permettent de suivre l'évolution des clientèles et la gestion des lits dans chaque CSSS pour toute la région.

De plus, même si la majorité des orientations et des admissions en hébergement étaient traitées localement par chacun des CSSS et leur guichet unique, une fonction régionale devra être maintenue, à l'Agence ou dans un des CSSS pour toute la région. afin de s'occuper notamment :

- de traiter des demandes d'admissions et des orientations dans des ressources à caractère régional et spécialisé (ex.: unités spécifiques, profil ethno-culturel, déficience auditive ou visuelle, etc.);

- de permettre au système de s'autoréguler pour faire face à des situation de crises (ex.: relocalisation d'urgence de bénéficiaires, engorgements importants de lits en CHSGS par des personnes en attente d'hébergement, etc.);

- de faciliter des échanges de ressources entre CSSS lorsque les besoins et le choix de la clientèle l'exigent;

- de régler des litiges interétablissement;

- de négocier et gérer les ententes interrégionales au chapitre des admissions.

D'ici à ce que les conditions de réalisation soient rencontrées, le système régional d'admission actuel devra continuer ses activités tout en adaptant son fonctionnement à la nouvelle réalité des territoires et des CSSS. Un plan et des modalités de transition devront être définis pour passer d'un modèle à un autre.

5.2 L'équipe de gestionnaires de cas

Comme on l'a vu précédemment, le guichet unique de chaque CSSS donnera accès, lorsque requis, au Service de gestion de cas.

Les personnes visées par ce service sont les suivantes :

Les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, telles que définies précédemment à la section 3.0, et présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité, évalués de modérés à sévères, au plan physique, psychique ou social et qui nécessitent un soutien significatif en terme d'accompagnement et d'aide ainsi qu'une coordination systématisée et soutenue de l'ensemble des services requis.

Ces personnes vivent dans la communauté et les interventions et services sont généralement de longue durée. Le niveau de services requis est élevé, diversifié et intensif.

Le Service de gestion de cas se compose d'une équipe de professionnels de la santé et des services sociaux dédiés exclusivement à la gestion de cas. Ces professionnels ont reçu une formation spécifique en géronto/gériatrie et en gestion de cas.

Les gestionnaires de cas sont appelés à s'impliquer activement et directement dans la prestation de services comme professionnels de la gestion de cas responsables de l'élaboration, de la réalisation et de la réévaluation du plan de services individualisé (PSI).

À ce titre, ils doivent gérer passablement d'informations et d'interactions humaines entre la personne âgée en perte d'autonomie, ses proches et les intervenants. Il n'est pas souhaitable que les gestionnaires de cas interviennent en plus comme professionnels spécialisés de leur discipline de base dans le PSI, au risque de créer une dynamique qui nuise à leur rôle de coordonnateur de services.

Les gestionnaires de cas ont pour mission de planifier et coordonner l'ensemble des interventions facilitant l'accès aux différents services requis par les personnes âgées et leurs proches, que ces services soient dispensés par le réseau public, communautaire, privé ou médical.

Les gestionnaires de cas accompagnent la personne âgée et ses proches tout au cours de la réalisation du plan de services individualisé (PSI). Le nombre de cas dont le gestionnaire aura à s'occuper variera selon l'intensité des services requise par chaque cas. Une évaluation plus documentée devra permettre d'établir des balises plus précises à cet égard.

En étroite collaboration avec la personne âgée et ses proches, les équipes multidisciplinaires du CSSS et les autres partenaires, les gestionnaires de cas assument notamment les fonctions suivantes :

- s'assure de l'évaluation des besoins de la personne et de ses proches aux plans physique, psychique et social;
- procède à l'orientation de la personne;
- élabore ou s'assure de l'élaboration du plan de services individualisé (PSI) où il planifie, organise et coordonne les services dispensés à la personne âgée et à ses proches;
- veille à la pertinence des services dispensés, réévalue les besoins lorsque requis et voit à l'ajustement du PSI;
- agit comme personne ressource auprès de la personne âgée,de ses proches et des intervenants impliqués au PSI.

En fait, les gestionnaires de cas ont la responsabilité de voir à ce que les besoins de la personne âgée et ses proches obtiennent une réponse adéquate au plan clinique, efficiente au plan organisationnel et satisfaisante pour la personne et ses proches.

5.3 Les outils

✓ **L'application de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC)**

L'obligation d'utiliser l'outil d'évaluation multiclientèle pour donner accès à tous les services du CSSS destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, notamment les services de soutien à domicile et les services d'hébergement, est maintenue. Les CSSS devront s'assurer que leur personnel soit en tout temps formé à son utilisation.

✓ **L'application d'un système uniforme d'orientation par classification des besoins ou par profil de clientèle (à venir)**

Un tel système sera utile pour guider la prescription de services cliniques de manière plus comparable d'une situation à l'autre et devra faciliter la gestion opérationnelle des ressources (voir annexe 1).

✓ **Les plans de services individualisés**

Les CSSS devront s'assurer que leurs gestionnaires de cas établissent systématiquement des plans de services individualisés obligatoires pour leur clientèle vulnérable en perte d'autonomie liée au vieillissement telle que définie à la section 3.

On retrouve normalement dans un plan de services individualisé (PSI) les informations suivantes : les objectifs, la nature des interventions et des services requis, l'identification des programmes ou des organismes responsables de la dispensation des services, les dates de début et fin des services, la date de révision, les coordonnées du gestionnaire de cas. Le plan de services individualisé fait partie intégrante du dossier de la personne.

Il doit être établi lors d'une réunion d'équipe multidisciplinaire réunissant la personne en perte d'autonomie ou ses proches et les principaux intervenants impliqués dans les soins et services.

✓ **L'utilisation d'outils cliniques adaptés tels les protocoles de soins ou autres suivis systématiques**

Des réseaux de services intégrés destinés à des personnes en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques ont été implantés à Montréal et ailleurs en province. Une des conditions de réussite de la mise en place de ces réseaux de services intégrés est le recours à des outils de travail communs :

- grilles de dépistage;
- grilles d'observations cliniques pour les infirmières;
- protocoles de soins;
- programmes d'enseignement structuré;

- protocoles de suivi systématique ou structuré;
- etc.

À Montréal, plusieurs outils cliniques communs sont déjà utilisés avec beaucoup de satisfaction. À titre d'exemple, on peut se référer aux outils développés dans le cadre du projet SIPA (démence, dépression, chutes, troubles de la marche et ostéoporose, médicaments, nutrition, insuffisance cardiaque) et à ceux développés dans le cadre du réseau de services intégrés MPOC. Les CSSS devront maintenir l'utilisation de ces outils communs.

D'autres outils cliniques seront à développer et ceux existants nécessiteront des mises à jour régulièrement. Ces tâches pourraient être confiées par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux aux établissements abritant une mission universitaire de recherche et d'enseignement.

✓ **L'utilisation d'outils communs informatisés de communication comme la demande de services interétablissements (DSIE)**

Chaque CSSS et ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, tant publics que privés conventionnés, devra s'assurer que son personnel soit formé et utilise l'outil informatisé "Demande de services interétablissements" (DSIE) qui deviendra l'outil de référence privilégié dans la région, en remplacement de l'outil papier "Formulaire de référence interétablissements" (FRIE). Les infirmières de liaison des CMA devront aussi utiliser cet outil pour les références.

5.4 La garde infirmière et la garde médicale associées

Instaurées depuis un an sur l'ensemble du territoire de Montréal, la garde infirmière et la garde médicale associées mettent à contribution tous les CLSC et les quatre centrales Info-Santé actuelles ainsi que le Département régional de médecine générale (DRMG). Ce service est offert à une clientèle physiquement vulnérable ou fragilisée, inscrite aux services de soutien à domicile des CLSC et à la centrale Info-Santé concernée (annexe 2).

Le service donne accès 24 heures par jour et sept jours par semaine à une ligne dédiée où une infirmière répond et où la clientèle vulnérable inscrite peut se référer. Au besoin, le service donne également accès à des visites à domicile d'infirmières ainsi qu'à des consultations médicales.

Ce service doit être maintenu. Toutefois, le mode d'organisation actuel pourrait être appelé à évoluer pour tenir compte du nouveau découpage territorial relatif aux CSSS, de l'augmentation potentielle des clientèles et des ententes à établir avec les CMA.

5.5 La conclusion d'ententes pour s'assurer que les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement puissent avoir accès aux médecins omnipraticiens du territoire

Il est essentiel, voire prioritaire, que les personnes âgées en perte d'autonomie aient accès rapidement, lorsque requis, aux services médicaux que leur état commande.

À cet égard, il est souhaitable que le CSSS puisse compter sur des médecins omnipraticiens dans son équipe interne de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie. Pour compléter l'offre de services, le CSSS devra faire des ententes de services avec un ou des CMA.

Une entente de ce genre, entre un CMA et un CSSS, préciserait les responsabilités des uns et des autres. On y retrouverait également les modalités d'accès aux services de chacun pour leurs clientèles en perte d'autonomie liée au vieillissement respectives ou communes. Ainsi :

Les médecins devront avoir accès pour leur clientèle :

- ✓ aux divers programmes du CSSS tels les services préventifs, Info-Santé, la garde infirmière et la garde médicale associées, les services infirmiers et autres services multidisciplinaires de l'équipe de soutien à domicile régulier ou intensif, les centres de jour, la réadaptation, le répit-dépannage, les services diagnostiques et les plateaux techniques de base, l'urgence, l'hébergement temporaire ou permanent, et autres;
- ✓ au guichet unique pour orienter la clientèle âgée selon les demandes de services;
- ✓ aux gestionnaires de cas lorsque présents au dossier;
- ✓ aux services spécialisés pour lesquels le CSSS a des ententes (cliniques spécialisées, centres hospitaliers à vocation universitaire, spécialisés ou surspécialisés).

Le CSSS devra avoir accès pour sa clientèle :

- ✓ à des services médicaux avec rendez-vous et sans rendez-vous, selon l'entente conclue avec le CMA;
- ✓ à des visites médicales à domicile sur le territoire de référence;
- ✓ aux médecins pour les clientèles vulnérables ou dépourvues de médecins traitants;
- ✓ aux médecins, de façon privilégiée sur demande des gestionnaires de cas.

En toute circonstance, le maintien du médecin traitant choisi par l'usager est prépondérant et devra être respecté, et ce, en conformité avec la Loi sur la santé et les services sociaux.

Cette obligation aura des incidences sur les lignes de communication entre les CMA et les différents CSSS.

Des mécanismes d'articulation et de coordination des interventions de chacun seront à mettre en place. Dans les situations des clientèles les plus vulnérables, les rôles du gestionnaire de cas et du médecin traitant sont centraux. Il sera donc important que ces deux acteurs puissent facilement communiquer au besoin.

5.6 La conclusion d'ententes pour garantir l'accès à des services spécialisés

5.6.1 Des services spécialisés de gériatrie

Actuellement, 15 CHSGS se partagent 310 lits de gériatrie auxquels s'ajoutent 36 lits dans deux CHSLD. Des services d'évaluation gériatrique sont également disponibles sur une base externe, notamment en hôpital de jour et en clinique externe en CHSGS.

Il est essentiel que les CSSS et les médecins des CMA puissent avoir un accès direct dans un délai approprié aux services de gériatrie requis par la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement, que ce soit sur une base interne ou externe, ce qui pourrait entre autres éviter un recours inapproprié à la salle d'urgence.

Par ailleurs, les centres hospitaliers qui opèrent des unités gériatriques de courte durée doivent pouvoir compter sur des mécanismes de liaison efficaces avec les CSSS et les gestionnaires de cas, afin de planifier de façon optimale le retour à domicile de la clientèle hospitalisée, ou son orientation vers une ressource d'hébergement lorsque sa situation le nécessite. Une référence précoce au guichet unique et l'implication rapide des gestionnaires de cas pour la clientèle déjà connue sont deux éléments facilitateurs à cet égard.

Des ententes intégrant ces différents aspects devront donc être conclues entre les CSSS, les CMA et les CHSGS qui ne feront pas partie d'un CSSS, pour garantir cet accès aux services de gériatrie sur une base interne et externe.

5.6.2 Des services spécialisés de psychiatrie et de psychogériatrie

Des ententes devront aussi être conclues avec les établissements disposant de ressources en psychogériatrie et psychiatrie afin que tous les CSSS et les CMA puissent avoir accès à ces services pour leur clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement qui le nécessite. On pense notamment à la clientèle à domicile ou hébergée en milieu institutionnel présentant, entre autres, une démence ou des manifestations diverses de troubles du comportement pour lesquels l'apport des ces spécialités est incontournable.

5.6.3 Des services spécialisés de réadaptation

Les services de réadaptation sont actuellement dispensés par les centres hospitaliers de réadaptation (CHR), les unité de réadaptation fonctionnelle (URFI) en CHSLD et par les hôpitaux de jour. Quelle que soit l'organisation des services qui sera privilégiée à cet égard, des ententes devront être conclues afin de garantir l'accès à des services de réadaptation sur une base interne et externe aux clientèles de chacun des CSSS pour

favoriser le maintien ou le recouvrement d'un niveau d'autonomie optimal. De la même façon que pour les services de gériatrie, les délais d'accès aux services et les modalités de liaison constituent des enjeux majeurs.

5.7 L'établissement de liens de collaboration avec les organismes communautaires

La contribution des organismes communautaires au bien-être des personnes âgées n'est plus à démontrer. Actifs notamment au niveau des popotes roulantes, des centres communautaires pour aînés, de l'accompagnement, du transport, de la défense des droits, les organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées sont des instances libres et autonomes.

Issus de la communauté et légalement constitués, ces organismes à but non lucratif et charitables déterminent leurs orientations, définissent leur programme d'activités et services et agissent la plupart du temps directement auprès des personnes âgées.

Depuis plus de 20 ans, la Régie régionale, maintenant Agence de développement de réseaux locaux, subventionne à l'intérieur de son programme de «Soutien aux organismes communautaires» (SOC), catégorie Personnes âgées, autour de 70 organismes communautaires. Les activités et services offerts par ceux-ci sont dispensés majoritairement par des bénévoles.

Les CSSS devront développer les liens suivants :

- soutenir les organismes communautaires dans l'accomplissement de leurs missions;
- développer ou consolider des liens étroits de partenariat avec les organismes communautaires;
- susciter la participation des organismes communautaires aux différentes tables de concertation gérées par les CSSS. Ces tables de concertation peuvent porter sur l'organisation locale des services, l'approfondissement de certaines problématiques telles que l'abus, la violence et l'isolement vécues par les personnes âgées, les mesures de soutien aux organismes communautaires;
- encourager la participation des organismes communautaires lors de l'élaboration des plans de services individualisés.

Les CSSS développent des relations de partenariat et de collaboration avec les organismes communautaires de leur territoire. Ces relations doivent être imprégnées du respect de la mission des organismes communautaires et des rôles et responsabilités de chacun.

5.8 Accès à une gamme complète de services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Dans le cadre du modèle proposé d'intégration des services de santé et des services sociaux pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, le CSSS est responsable de l'orientation de la clientèle visée et de l'accès aux services requis.

Conséquemment, chaque CSSS fournit à partir de ses ressources de première et deuxième ligne les services nécessaires et voit à conclure des ententes avec ses partenaires pour compléter son offre de services de première et deuxième lignes et donner accès aux services surspécialisés de troisième ligne lorsque nécessaire.

Ainsi, la gamme de services suivante est mise à la disposition de la population en perte d'autonomie liée au vieillissement de chaque territoire de CSSS :

Hiérarchie des services	**CSSS**	**Autres établissements ou organismes (CHU, CAU, CMA, etc.)**
Services de 1re ligne	• Activités de prévention et d'information • Info-Santé • Activités de dépistage • Accueil, évaluation initiale, orientation, référence, analyse et suivi • Gestion de cas • Soins et services de soutien à domicile régulier et intensif • Soins palliatifs • Services médicaux généraux (avec rendez-vous, sans rendez-vous, à domicile) • Support aux proches-aidants • Centre de jour • Hébergement temporaire planifié ou d'urgence sociale • Hébergement en ressources institutionnelles et non institutionnelles	• Services médicaux généraux (avec rendez-vous, sans rendez-vous, à domicile) • Organismes communautaires • Pharmaciens • Ressources privées • Entreprises d'économie sociale
Services de 2e ligne	• Urgences • Services gériatriques internes et externes • Réadaptation interne et externe[15] • Unité de courte durée gériatrique[16] • Psychogériatrie • Services médicaux spécialisés • Services hospitaliers de courte durée	• Urgences • Services gériatriques internes et externes[17] • Réadaptation interne et externe[18] • Unité de courte durée gériatrique • Psychogériatrie • Gérontopsychiatrie • Services médicaux spécialisés • Services hospitaliers de courte durée
Services de 3e ligne		• Services médicaux surspécialisés

[15] L'hôpital de jour est un des moyens pour offrir des services gériatriques et de réadaptation à l'externe.
[16] *Id.*
[17] *Id.*
[18] *Id.*

De plus, l'offre de services doit être adaptée aux caractéristiques linguistiques et ethno-culturelles de la population à desservir.

Particularité au plan de l'hébergement :

Pour certaines des clientèles en perte d'autonomie liée au vieillissement qui peuvent présenter des caractéristiques particulières associées, la masse critique ne justifie pas des ressources adaptées dans chaque CSSS. Des programmes régionaux devront donc être maintenus ou créés pour répondre à ces besoins spécifiques et confiés à certains CSSS sous la forme d'un mandat régional :

- problèmes de comportement ou de santé mentale (unités spécifiques de type I, II et III);
- déficience intellectuelle ou handicaps multiples;
- déficience visuelle;
- déficience auditive;
- profil ethno-culturel.

CONCLUSION

L'ensemble de ce qui précède constitue l'essentiel des balises préliminaires proposées pour la mise en place d'un réseau intégré de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Il est maintenant souhaité que ces propositions fassent l'objet d'échanges entre intervenants de la santé et des services sociaux et leurs principaux partenaires fortement concernés par les services à cette clientèle dans la région afin d'en améliorer le contenu.

Le Forum « Personnes âgées » prévu le 5 avril 2004, pour lequel ce document a été préparé, représente une occasion privilégiée pour ce faire. On trouvera, ci-après, les principales questions soumises à la consultation.

LES PRINCIPALES QUESTIONS SOUMISES À LA CONSULTATION

Clientèles cibles

Êtes-vous en accord avec la définition proposée pour les clientèles cibles ?

Avez-vous des propositions pour la bonifier ou la rendre plus claire ?

Responsabilité populationnelle

Avez-vous des commentaires sur la notion de responsabilité populationnelle qui serait dévolue à chaque CSSS ?

Quelles sont les conditions de réalisation pour l'actualisation de cette responsabilité ?

Guichet unique

Êtes-vous en accord avec la proposition de mettre en place un guichet unique dans chaque CSSS et avec les fonctions qui lui sont assignées ?

Avez-vous des suggestions pour compléter ou améliorer la proposition ?

Que pensez-vous de confier au guichet unique toutes les demandes d'hébergement ? Quelles sont les conditions de réalisation à mettre en place ?

Comment voyez-vous l'évolution du rôle du Système régional d'admission dans ce contexte ?

Gestion de cas

Êtes-vous en accord avec la clientèle définie susceptible de bénéficier de la gestion de cas ?

Avez-vous des suggestions pour la bonifier ou la rendre plus claire ?

Les rôles du gestionnaire de cas vous apparaissent-ils pertinents, clairs et complets ?

Accès aux services médicaux

Le contenu proposé à ce chapitre vous semble-t-il couvrir les besoins de la clientèle en matière de services médicaux ?

Faut-il compléter?

Accès à des services spécialisés

Quels sont les éléments essentiels à inclure dans de telles ententes ?

Gamme de services

La gamme de services traitée dans ce document est-elle complète et pertinente ?

Y manque-t-il des éléments?

Annexe 1

À propos de ISO-SMAF[19]

Pour assurer la gestion et le monitorage du système intégré, un système de classification des besoins basé sur les caractéristiques essentielles des usagers est nécessaire. L'autonomie fonctionnelle de la santé proposée par l'OMS dans la classification des déficiences, incapacités et handicaps représente un cadre théorique pertinent et applicable. C'est sur ce modèle qu'a été développé le SMAF, l'instrument principal de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) implanté partout au Québec tant pour les services de soutien à domicile que pour l'admission en hébergement.

À partir d'une étude provinciale basée sur l'utilisation du SMAF, les chercheurs ont développé les 14 profils ISO-SMAF afin de circonscrire des groupes homogènes quant à leurs profils, mais hétérogènes entre eux. Ces profils sont ordonnés d'un niveau d'incapacité faible à un niveau d'incapacité très important. On distingue cinq groupes de profils :

- 1er groupe - Ne présente qu'une atteinte progressive aux tâches domestiques (profils 1-2-3)
- 2e groupe - L'atteinte est surtout motrice (profils 4-6-9)
- 3e groupe - L'atteinte mentale est prédominante (profils 5-7-8-10)
- 4e groupe - Les sujets ont besoin d'aide pour se mobiliser (profils 11-12)
- 5e groupe - Comprend les sujets les moins autonomes, généralement alités et dépendants des AVQ (profils 13-14)

Selon les chercheurs, on peut utiliser ces profils pour guider la prescription de services cliniques, mais aussi pour la gestion opérationnelle des ressources.

Le MSSS serait favorable à cet outil et quelques régions l'utilisent déjà.

Les nouveaux CSSS et l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal devront se pencher sur la question.

---

[19] Informations tirées de Réjean Hébert, *Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité de services*, PRÉ-Colloque PRISMA-Avril 2003.

Annexe 2

Clientèle cible de la garde infirmière et médicale associée

Ce sont des personnes en perte d'autonomie :

- qui nécessitent des soins palliatifs ou qui sont en fin de vie, quelle que soit la pathologie;
- ou qui sont atteintes d'une MPOC modérée ou sévère[20];
- ou qui souffrent d'une insuffisance cardiaque sévère;
- ou qui présentent une condition médicale aiguë ou chronique faisant qu'elles sont en perte d'autonomie temporaire ou permanente et qu'elles présentent des facteurs de risque de modérés à sévères de nature physique;
- et qui remplissent les trois conditions suivantes :
  - elles résident sur l'un des territoires des CLSC participants;
  - elles sont admises aux services de soutien à domicile d'un CLSC;
  - elles ont un médecin traitant identifié et accessible (qu'on doit informer après chaque intervention significative pour fin de continuité dans le suivi du patient dans le cadre du projet).

[20] Sauf celles qui sont déjà suivies pour des soins infirmiers par le SRSAD et qui ne présentent pas d'autres pathologies.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal